

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM
PAR
l'ABDOMINO-PÉRINÉALE et l'ABDOMINALE PURE (Procédé d'Hartmann)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Mars 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert MICHEL

né à LYON (Rhône) le 25 Novembre 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM
PAR L'ABDOMINO-PÉRINÉALE
ET L'ABDOMINALE PURE (PROCÉDÉ D'HARTMANN)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 78

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

PAR

l'ABDOMINO-PÉRINÉALE et l'ABDOMINALE PURE (Procédé d'Hartmann)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

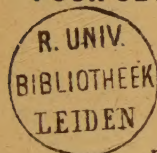
et soutenue publiquement le 24 Mars 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert MICHEL

né à YON (Rhône) le 25 Novembre 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	X.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; COTTE, assesseur ;
BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE (*in mémoriam*)

A MA SŒUR

A TOUS MES AMIS

A NOS MAITRES :

Dans les Hôpitaux de Lyon (Externat)

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

MONSIEUR LE DOCTEUR DUMAS

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DURAND

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne (Internat)

MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNAY

MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRENOT

Chirurgiens des Hôpitaux

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

A NOS JUGES

AVANT - PROPOS

Qu'il nous soit permis de remercier ici nos Maîtres dans les Hôpitaux de Saint-Etienne. Monsieur le Docteur L. Arnaud pendant tout le temps que nous avons passé dans son service a toujours fait preuve à notre égard de la plus grande bienveillance. Nous ne savons comment lui dire toute notre reconnaissance et notre attachement. Durant notre séjour dans son service il n'a jamais eu pour nous que des bontés, dont nous nous souviendrons toujours.

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous guider dans nos recherches, et ne nous a ménagé ni sa peine, ni son temps, nous saurons jamais assez lui exprimer notre gratitude.

MM. les Docteurs Viannay, Muller, Perrenot. Leur enseignement au lit du malade et leur art chirurgical ont été et resteront précieux pour nous.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM
PAR L'ABDOMINO-PÉRINÉALE
ET L'ABDOMINALE PURE (PROCÉDÉ D'HARTMANN)

CHAPITRE PREMIER

Plus que jamais, les opérations pour cancer du rectum retiennent l'attention des chirurgiens. Les uns restent fidèles à la voie périnéale et mettent en évidence sa gravité moindre et l'avantage de conserver un anus souvent continent ; ils affirment d'ailleurs que le pronostic éloigné n'est pas plus mauvais. Les autres estiment qu'on n'enlève jamais trop largement les cancers. La voie abdomino-périnéale permet seule l'exérèse de tous les tissus, de tous les ganglions envahis. A côté de ces deux techniques classiques, il faut placer aujourd'hui les opérations par voie abdominale pure, avec abandon du bout terminal, préconisées par Hartmann pour les cancers au dessus de l'ampoule. Il y a quelques années, le Professeur Quénu a conclu de la façon suivante en ce qui concerne les indications respectives de la voie périnéale et de la voie combinée : « L'opération périnéale largement faite, abaissant 15 à 16 centimètres d'intestin,

s'adressant à des cancers ano-ampullaires ou ampullaires moyens, mobiles, me paraît une opération excellente qui permet d'enlever les premiers relais ganglionnaires avec la graisse qui les entoure, et dont la gravité déjà faible s'est encore amoindrie depuis que j'ai recours à des soins pré-opératoires un peu spéciaux. L'opération combinée reprend tous ses droits, s'il s'agit de cancers de la moitié supérieure de l'ampoule ou de cancers ano-ampullaires étendus à cette moitié supérieure ; si, avec une localisation ampullaire quelconque, on sent, en arrière du rectum une masse épaisse faisant craindre une infiltration du méso ; si, avec une localisation ampullaire quelconque, la mobilité de la tumeur n'est pas parfaite et que la date d'apparition des premiers symptômes fait craindre un envahissement des ganglions élevés. »

A l'heure actuelle, et pour des raisons que nous aurons à envisager dans ce travail, *les indications de l'abdomino-périnéale doivent être de plus en plus élargies*. Sans écarter la méthode périnéale qui conserve encore ses indications, nous estimons que l'abdomino-périnéale est le traitement de choix de presque tous les cancers du rectum, l'opération d'Hartmann ne pouvant s'appliquer qu'à des cas plus limités, et tout particulièrement aux cancers hauts situés, recto-sigmoïdiens ou ampullaires supérieurs.

CHAPITRE II

L'abdomino-périnéale a pour elle tout un ensemble d'avantages que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre.

Elle offre en effet au chirurgien le maximum de garanties pour ce qui est de la largeur de l'exérèse. Avec la tumeur rectale, il faut enlever les ganglions dans lesquels peuvent se trouver des cellules néoplasiques. Or, les ganglions du rectum, ceux qu'envahissent ces cellules sont très hauts situés, franchement abdominaux : ils sont donc difficilement accessibles par la voie périnéale. Cela est si vrai qu'on les trouve souvent affleurant la section intestinale, même lorsque celle-ci dépasse largement les limites du néoplasme. Cela prouve que l'ablation des ganglions avec le rectum par la voie périnéale est difficile, sinon aveugle, souvent incomplète, en tout cas peu anatomique. En effet, les ganglions suivent le pédicule hémoroïdal supérieur. Or, celui-ci, tendu, tiraillé dans les manœuvres périnéales, ne se laisse atteindre, lier

et sectionner que dans ses parties basses presque terminales. Ne viennent avec le segment terminal de l'hémoroïdale que les ganglions les plus inférieurs. Nous sommes donc loin de ce groupe ganglionnaire principal, situé, comme l'a montré Mondor, au niveau de la fourche de l'hémoroïdale supérieur et dont l'ablation est aussi indispensable que celle de la tumeur elle-même. Ce serait bien méconnaître les principes actuels de la chirurgie du cancer que de pratiquer le curage ganglionnaire d'une façon incomplète. Peut-être objectera-t-on que l'on a pu, dans certains cas, pousser très loin l'évidement pelvien, par la voie basse seule, et cela, grâce à une disposition anatomique favorable. Mais ces cas sont l'exception. *Ligature et section haute de l'artère qui porte les ganglions vulnérables, telle est la condition anatomique de leur ablation complète et contrôlable. Or, cette condition n'est vraiment réalisable que par voie abdominale.*

On peut en dire autant de l'hémostase. Le rectum possède anatomiquement trois pédicules vasculaires: un pédicule hémorroïdal supérieur et deux pédicules hémorroïdaux moyens. Donc, logiquement, trois ligatures devraient suffire pour une amputation du rectum, comme six ligatures suffisent à une hystérectomie bien conduite. Ces trois ligatures assurées, l'amputation du rectum devrait pouvoir être conduite sans perte appréciable de sang. Il n'en est rien : Il suffit d'avoir vu le champ opératoire à la fin d'une de ces opérations pour être convaincu. Et comment en serait-il autrement, quand la ligature de l'hémoroïdale supérieure, principal vaisseau du rectum,

constitue le temps final, et combien difficile, d'une longue intervention sanglante ? On finit par où l'on aurait dû commencer.

Pour en finir avec ces considérations d'ordre anatomique il nous reste à étudier la question des *plans de clivage*. Il existe autour du rectum un plan de clivage anatomique ouvert du côté de l'abdomen, fermé du côté du périnée. Le péritoine forme autour du rectum un entonnoir réniforme dont le hile est occupé par le rectum et son méso hémorroïdal supérieur. Mais, au delà du péritoine, ou plus exactement, au-dessous de lui, il existe un fascia d'accolement qui constitue la gaine dite fibreuse du rectum, et qui n'est en réalité que la résultante de l'accolement des deux feuillets du péritoine pariétal et viscéral descendant primitivement jusqu'au plancher pelvien. Il y a des culs-de-sac de Douglas qui descendent jusqu'au releveur de l'anus; il en est d'autres, et c'est le cas le plus fréquent, dont l'accolement de bas en haut a diminué la hauteur. Ainsi se constituent en avant l'aponévrose de Denonvillers chez l'homme, ou son équivalent chez la femme, et, sur les parties latérales, la gaine fibreuse du rectum. Mais cela se clive comme se clive tout fascia d'accolement et pour bien faire il faut cliver jusqu'au releveur de l'anus. On ne doit quitter la voie haute que lorsque ce clivage est atteint jusqu'à ces extrêmes limites, c'est-à-dire lorsqu'on a atteint le plancher pelvien que seul doit effondrer la manœuvre périnéale.

Or, pour entrer dans ce plain de clivage, il n'existe pas de meilleur guide que les feuillets même du péri-

toine, dont l'angle de réflexion marque ordinairement le début de l'accolement. Quant à trouver ce vrai plan de clivage par la voie basse, après l'effondrement du plancher pelvien, ce n'est peut-être pas absolument impossible, c'est en tout cas le fait d'un heureux hasard.

Ainsi donc, *ablation ganglionnaire plus complète et contrôlable, hémostase rationnelle faite d'emblée si l'on veut, clivage des fascias plus anatomique et plus facile; voilà un certain nombre de raisons qui doivent faire préférer l'abdomino-périnéale à la voie périnéale seule.* Mais ce n'est pas tout. Au cours des manœuvres abdominales on peut se rendre compte de l'état des viscères abdominaux et dépister des complications échappant à l'examen clinique le plus minutieux. Seule la laparotomie permet de juger pièces en main, en toute clarté, et de donner aux lésions associées souvent importantes, le traitement qu'elles méritent. Il n'est pas rare en effet de trouver des adhérences du rectum avec d'autres viscères abdominaux : épiploon, anses grêles, vessie, utérus. Le chirurgien est amené à des libérations laborieuses, quelquefois même il est obligé de réséquer une anse intestinale, et ces manœuvres sont seules possibles lorsque l'abdomen est largement ouvert. Il n'est que risques par la voie basse de déchirures de l'intestin ou de la vessie. Bien plus encore, comment apprécier l'état du péritoine, sinon de visu? On aurait pu éviter une amputation périnéale à des malades, inopérables en vérité chez qui la laparotomie eût montré ce que l'autopsie révéla : à savoir une adénopathie à dis-

tance, une généralisation péritonéale, une métastase insoupçonnée ou une impossibilité opératoire. Quant enfin nous parcourons les statistiques relatives aux longues survies, nous y trouvons encore des éléments en faveur de l'abdomino-périnéale.

Dans une statistique globale de Chalié et Perrin, nous trouvons 19,48 % de récurrence pour la voie combinée. Au contraire pour la voie basse, périnéale ou sacrée, nous relevons une moyenne de récurrence de 60 % environ. Nous voyons donc qu'aucune opération ne met à l'abri de la récurrence. Pourrait-il, d'ailleurs, en être autrement en matière de cancer en l'état actuel de nos connaissances ? Mais on en verra d'autant moins que l'opération aura été plus précoce et plus large, et d'après ce que nous avons dit précédemment, l'abdomino-périnéale doit occuper la première place dans le traitement du cancer du rectum.

Avant d'aborder l'étude critique de l'abdomino-périnéale, nous présenterons les observations que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Arnaud.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Docteur ARNAUD, *Loire Médicale*, 1920, p. 528)

Le malade, un agriculteur de 58 ans, me fut adressé fin août, aux fins d'une opération palliative, par son médecin, le Docteur Marconnet, de Saint-Chamond. D'habitude en bonne santé, ce malade était venu consulter pour des troubles urinaires survenus un mois auparavant devenus intolérables. Sans doute depuis longtemps déjà existaient des troubles gastro-intestinaux, épreintes, alternatives de diarrhée et de constipation, selles sanglantes, mais ceux-ci n'avaient pas attiré l'attention du malade. En présence de ces symptômes, le Docteur Marconnet fit immédiatement un toucher rectal.

Il faisait sentir à bout de doigt dans la partie la plus élevée de l'ampoule rectale une tumeur mollassse, friable, saignant facilement, indiscutablement néoplasique. Cette tumeur qui occupait la circonférence rectale toute entière semblait encore mobile en arrière sur le sacrum. Par contre, elle était fixée en avant, et cette notion jointe à celle des troubles urinaires faisait penser que la tumeur adhérait à la vessie, peut-être déjà envahie.

L'état général était loin d'être satisfaisant. Le malade était amaigri, d'un teint jaune paille. A mon avis, il ne pouvait être question également que d'une opération palliative : anus

iliaque, qui par la mise au repos de la tumeur atténuerait peut-être la cystite.

INTERVENTION, 1^{er} septembre 1920. Aide, M. Gotty, interne.

Bien qu'il s'agisse d'un cas avancé, à mon habitude je fis d'abord une laparotomie médiane sous-ombilicale et cela pour apprécier exactement les lésions et voir si d'aventure la tumeur moins fixée qu'il n'avait semblé, n'était pas enlevable. En position déclive, de larges valves l'étalant, je pus voir le Douglas gaufré, hypervascularisé. Le rectum adhérerait bien à la face postérieure de la vessie, et à la palpation à bout de doigt je pus sentir une grosse tumeur particulièrement développée au niveau de la face antérieure du rectum et absolument fixée. La cause paraissait entendue et la tumeur inenlevable.

Incision dans la fosse iliaque gauche, dissociant à la MacBurney les fibres des muscles larges; j'attirai là, la partie la plus haute de l'S iliaque, préalablement repérée par la laparotomie, au moyen d'une pince en cœur à mors souples. Mais pour éviter toute contamination de la paroi, l'intestin extériorisé au moyen d'une baguette de verre transfixant le méso-sigmoïde, ne fut ouvert que quelques jours plus tard. Cette intervention était à ce point palliative, que je conseillai au Docteur Marconnet de faire, et cela surtout à titre moral, des injections de Cuprase.

Or, à ma profonde stupéfaction, moins d'un mois après son départ de la clinique, et exactement six semaines après l'intervention, le malade revenait, sur le conseil de son médecin, me voir. Le toucher montrait une tumeur libre, non seulement en arrière, dans la concavité, mais en avant vers la vessie, et abaissable au moyen du doigt recourbé en crochet. Cette tumeur semblait réduite dans son volume, moins molle dans sa consistance et elle saignait moins. J'ajoute que le malade ne présentait plus aucun trouble de la miction et que son état général était transformé : le teint terreux s'était dissipé et le poids avait augmenté de 3 kilos.

La tumeur était certainement enlevable et l'opéré demandait lui-même une nouvelle intervention. Elle eut lieu le lendemain.

15 octobre 1920 : INTERVENTION. Aides, MM. Durieux et Gotty, internes.

Rachianesthésie, 12 centg. Allocaïne Lumière. Ponction au niveau de la quatrième lombaire, barbotage suivant la technique de Le Filiâtre. Incision médiane sous-ombilicale qui va du pubis à 1 cm. au-dessus de l'ombilic. En forte position déclive, sous un *silence abdominal parfait*, le petit bassin s'offre largement à la vue. Le Douglas est libre de toute adhérence. Le rectum s'est séparé de la vessie et sur la face antérieure du conduit intestinal, on voit une cicatrice blanche, étoilée, entourée d'une zone hypervascularisée, vestige de l'ancienne adhérence au réservoir urinaire.

La tumeur rectale saisie entre deux doigts monte facilement. Elle s'étend sur une largeur de trois travers de doigt, éloignée également du plan des releveurs et de la limite supérieure du rectum. D'autre part, l'S iliaque est long, flottant et pourra, sans décollement, sans section, être facilement abaissé. Notre cas est parfaitement justiciable de la résection.

Dès lors, incision du péritoine pariétal postérieur au niveau de la terminaison de l'S iliaque à droite et à gauche du tube intestinal et clivage entre rectum et vessie, d'un large lambeau péritonéal. L'espace pelvi-rectal supérieur sous-péritonéal est largement ouvert et l'on y libère facilement en avant et sur les côtés, le rectum, jusqu'aux releveurs. Clivage plus difficile en arrière, où le rectum est relié à la concavité sacrée par un tissu graisseux densifié, lardacé, contenant de gros ganglions. Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens et de quelques autres innominés.

Après section de quelques replis, pour la plupart avasculaires, du méso-sigmoïde, ligature et section de l'hémorroïdale supérieure à l'endroit où sera coupé plus tard le haut rectum. La partie flottante de l'S iliaque et le rectum libéré jusqu'au plancher pelvien, sont placés dans l'espace pelvi-rectal supérieur et le péritoine soigneusement suturé par-dessus. Cette péritonisation parfaitement semblable à celle qui suit une hystérectomie, isole complètement la cavité abdominale du petit bassin.

Fermeture de la plaie de laparotomie en deux plans. Durée, quarante minutes.

On passe alors au TEMPS PÉRINÉAL.

On décide d'enlever la tumeur par voie transanale. Malade en position de la taille : dilatation extrême du sphincter.

La muqueuse rectale, au préalable suturée en bourse, est décollée à la Withehead à partir de la marge de l'anus, et cela sur une hauteur de six à huit centimètres, puis le rectum franchement sectionné dans toute son épaisseur. La tumeur isolée des adhérences qui la retiennent encore est progressivement descendue et accouchée à travers le sphincter. Hémostase facile de quelques vaisseaux sans nom. Le haut rectum et partie l'S iliaque sont invaginés à la Hoche-negg dans le bout rectal inférieur. Fixation par quelques crins à la peau du périnée du bout supérieur de l'intestin. Pour assurer le drainage de la brèche opératoire, on fait une incision latéro-coccygienne gauche qui s'étend de l'ischion à la base du coccyx et qui effondre largement le plan des releveurs. Mise en place d'une mèche iodoformée et de deux drains de la grosseur du petit doigt. Durée totale de l'opération : une heure cinquante-cinq minutes.

Le malade est enlevé de la table d'opération avec un pouls à 90, nullement shocké, un peu pâle pourtant. Suites normales. Pas traces de réaction péritonéale. La température n'a jamais dépassé 38. Réunion *per primam* de la plaie de laparotomie. Ablation progressive de la mèche et des drains périnéaux. Des lavages ont été faits chaque jour dans le bout intestinal inférieur qui s'est d'ailleurs sphacélé sur une longueur de un centimètre. Cet incident n'a eu aucune suite fâcheuse.

Le malade, en parfait état, se lève au quinzième jour et quitte la clinique au vingtième.

La pièce enlevée mesure, dans sa totalité, 23 cm. La tumeur qui occupe la partie supérieure du segment à cette heure rétracté, flanquée du tissu cellulaire et des ganglions adjacents, avait le volume d'une mandarine. L'ulcération néoplasique typique, occupe la totalité de la circonférence rectale, mais est plus étendue en avant.

Je me propose, dans un troisième temps, de fermer l'anus de dérivation iliaque; mais, bien que le malade m'en presse, je n'accéderai pas à son désir avant six mois, car alors seulement, je croirai avoir quelques chances de ne pas voir apparaître de récurrence locale et cela d'autant mieux que la colostomie iliaque est parfaitement continente.

Le malade a fini par s'habituer à son anus artificiel. Il a pu vivre ainsi pendant trois ans, temps au bout duquel il a récidivé. Généralisation abdominale : mort rapide par cachexie.

OBSERVATION II

(Docteur ARNAUD, *Loire Médicale*, 1921, p. 125)

Mme C..., 48 ans, mère de huit enfants, dont sept vivants et bien portants, m'est montrée pour une hémorragie rectale si abondante qu'elle a presque déterminé une syncope.

TOUCHER RECTAL : Tumeur assez volumineuse occupant la demi-circonférence postérieure de la partie moyenne de l'ampoule rectale. Cette tumeur est bourgeonnante, ulcérée, friable, et saignant facilement. Le doigt en atteint la partie supérieure, mais elle ne jouit que d'une mobilité relative sur le sacrum.

La malade raconte que, habituellement constipée, elle présente depuis six mois des symptômes d'entérite : alternatives de diarrhée et de constipation, épreintes, faux besoins et surtout pertes abondantes de sang rendu souvent à l'état pur. Elle avait cru avoir des hémorroïdes et s'était soignée elle-même en conséquence. Etat général assez précaire : teint jaune paille, amaigrissement. On applique une thérapeutique générale contre les hémorragies et une thérapeutique locale qui vise surtout à l'évacuation et à la désinfection de l'intestin et du rectum. Dix jours après, première intervention.

23 novembre 1920 : PREMIÈRE INTERVENTION.

Anus iliaque par dissociation à la Mac-Burney. L'S iliaque est très longue, flottante. On l'attire autant qu'il est possible; sa fixation est faite dans sa partie supérieure, fixe, soit à la jonction du côlon terminal et de l'anse oméga. L'anse soulevée sur une baguette de verre n'est ouverte que huit jours après. Entre temps, injections de Cuprase et lavages du bout inférieur de l'intestin. Amélioration progressive de l'état général. La malade apprécie surtout la disparition de sa gêne, de ses douleurs, de ses hémorragies. Augmentation de poids de trois kilos. Fonctionnement normal de l'anus qui présente une continence satisfaisante. Amélioration notable du côté de la tumeur : elle semble s'être en quelque sorte sclérosée, elle est moins friable, saigne moins facilement, mais sa mobilité en arrière, vers le sacrum, n'est que relative et ne semble pas s'être modifiée.

La tumeur pourrait être enlevée par voie périnéale à la Lisfranc, mais nous préférons faire à la fois une opération plus large et plus conservatrice. C'est pourquoi une abdo-mino-périnéale est décidée.

INTERVENTION, 11 janvier 1921. Aides : MM. Nodet et Fraisse.

Rachianesthésie, 12 centigrammes. Allocaïne Lumière. Laparotomie sous-ombilicale. Anse oméga flottante, de longueur exagérée, conditions qui favoriseront grandement la résection de la tumeur et l'abaissement au périnée du segment supérieur de l'intestin. Volumineux ganglions dans le mésorectum qui s'élèvent jusqu'au-dessus de la jonction de l'intestin avec l'S iliaque. Tumeur sentie à bout de doigt, immédiatement au-dessus des releveurs. Douglas libre de toute adhérence. Utérus un peu gros, annexes saines.

Incision du péritoine pariétal postérieur en arc de cercle, de part et d'autre la ligne médiane au niveau du coude recto-sigmoïdien. Les uretères sont garés latéralement. A mesure que l'on s'enfonce dans le petit bassin, la libération du rectum devient pénible en arrière, où une couche de tissus cellulaires densifiés unit l'organe au sacrum. Néanmoins cette libération est poursuivie jusqu'aux releveurs. Au passage ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens, ligature dans le méso du tronc de la mésentérique inférieure à l'endroit

où portera la section de l'intestin. L'anse oméga se déroule facilement et le bout supérieur sera aisément abaissable au périnée. Toute la longueur de cette anse qui paraît nécessaire est jetée dans le petit bassin qui est, aussi parfaitement que possible, isolée de la grande cavité abdominale au moyen d'une péritonisation qui utilise de larges lambeaux clivés au début de l'opération et qui laisse passer à frottement dur l'S iliaque dont une faible portion est laissée volontairement intra-abdominale.

Le temps abdominal est terminé. Remarquons qu'il n'y a eu à aucun moment de temps septique. Fermeture de la plaie de laparotomie. Ce temps abdominal a été assez pénible du fait de l'adhérence de la tumeur au sacrum et aussi de la présence d'un utérus un peu gros. Durée 50 minutes.

TEMPS PÉRINÉAL. — L'anesthésie obtenue par piqure rachidienne s'étant dissipée, on est obligé d'avoir recours à une anesthésie à l'éther. Cette fois la tumeur ne sera pas enlevée par voie transanale, mais au moyen d'une incision prérectale bi-ischiatique, qui paraît donner plus de jour. Fermeture de l'anus par un gros fil de soie qui faufile la marge. Libération facile du rectum d'avec le vagin et isolement aisé d'avec les releveurs pratiqué de haut en bas. Le décollement de la tumeur d'avec le sacrum qui n'avait pas été achevé dans le temps abdominal, est complété. Le rectum libéré au-dessus et au-dessous de la tumeur est amené dans la brèche périnéale. On le sectionne au thermo, entre deux ligatures, au-dessus de la tumeur. Le bout intestinal supérieur pend alors au périnée. De la même façon, section du rectum au-dessous de la tumeur, à 4 ou 5 cm. de l'anus. La portion restante du canal ano-rectal est dépouillée de sa muqueuse à la Withehead. Invagination du bout intestinal supérieur dans le canal ainsi avivé et fixation de ce bout au périnée, au moyen de quelques crins. Ligature de quelques vaisseaux innommés hémorroïdaux moyens et inférieurs.

Drainage au moyen d'une mèche qui tamponne l'espace inter-vagino-rectal et d'un drain postérieur placé dans la concavité sacrée et qui sort sur le flanc gauche de l'anus à travers le releveur largement dilacéré. Quelques points

diminuent l'incision périnéale. Durée totale de l'opération : 2 heures.

La malade l'a parfaitement supportée. Cependant les suites devaient être quelque peu mouvementées.

Le soir de l'opération, T. 37°2. P. 104. Le lendemain, T. 38°, P. 124. Le troisième jour, P. 120 qui, le quatrième jour, descend à 90. Pourtant, la température se maintient autour de 38, 38°5 pendant les quinze jours qui suivent l'opération. Il n'en va pas moins que la malade dont l'état était inquiétant au troisième jour, a pu être considérée hors de danger dès le cinquième jour.

Par le drain présacré et l'incision préanale s'écoule en assez grande abondance un pus à anaérobies extrêmement fétide. Ablation progressive de la mèche et du drain. Réunion *per primam* de la plaie de laparotomie. Lever au seizième jour. Au vingt-quatrième jour la malade, dont l'état est excellent, quitte le Dispensaire. A ce moment, la plaie périnéale est presque complètement cicatrisée. Le bout intestinal supérieur invaginé et fixé au périnée ne s'est pas sphacélé et a bien tenu. Le toucher fait sentir un sphincter de tonus parfait. Il reste, pour parfaire l'opération, à refermer l'anūs iliaque. Nous procéderons à cette fermeture dans quel-mois, s'il y a lieu.

La pièce enlevée mesure 12 à 14 cm. Dans son segment supérieur, siège une ulcération néoplasique typique. A la tumeur est appendue une chaîne de volumineux ganglions dont l'existence a été plus haut signalée. La présence de ces ganglions vient plaider en faveur de l'opération par voie combinée. Si, en effet, toute question d'adhérences mise à part, la tumeur eût pu être, de par son siège, enlevée par voie périnéale, l'intervention n'aurait jamais permis l'ablation des ganglions qui occupaient le méso-rectum et étaient échelonnés très haut le long de la mésentérique inférieure.

La malade a fait malheureusement une récurrence rapide, périnéale, puis abdominale, à laquelle elle a succombé 18 mois après l'opération.

OBSERVATION III (*Inédite*)

(Docteur ARNAUD)

Mme P... Marie, 48 ans, entre à l'hôpital le 12 décembre 1923. Rien à signaler dans les antécédents, pas d'enfants, ni de fausse-couche.

Le début de l'affection remonte au mois de juin 1923. Pour la première fois, la malade qui allait régulièrement à la selle voit s'installer une constipation opiniâtre qui résiste à des purges successives mais qui est suivie, au bout de quelque temps, d'une abondante débâcle diarrhéique. La malade éprouve des douleurs dans la région ano-rectale; les matières sont redevenues solides, mais ovillées, rubannées. Elle s'aperçoit en outre que ses selles sont noires, quelquefois striées de sang rouge. Pas d'écoulements anormaux en dehors des selles. Amaigrissement de 2 kilos.

Le toucher rectal fait sentir une grosse tumeur en chou-fleur obstruant la cavité de l'ampoule rectale. Muqueuse infiltrée très haut, le doigt n'en atteint pas la limite supérieure.

PREMIÈRE INTERVENTION, 15 décembre 1923 :

Anus iliaque gauche à la Mac-Burney.

DEUXIÈME INTERVENTION, janvier 1924 :

Rachi-anesthésie. On pratique une abdomino-périnéale selon la technique habituelle.

Laparatomie médiane; la tumeur n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins. L'utérus et les annexes, qui ne présentent rien de particulier, sont laissés en place.

Libération du rectum, ligature de l'hémorroïdale supérieure en bonne place. On tasse dans le fond du pelvis le rectum et la portion terminale de l'anse sigmoïde; on pratique alors par dessus une péritonisation soigneuse. Fermeture de l'abdomen. A remarquer que l'on n'a pas été gêné par la présence de l'anus iliaque gauche. On passe alors au temps périnéal.

On le pratique d'une façon extrêmement rapide par *voie transvaginale*. On respecte le sphincter anal. Par la brèche vaginale obtenue on attire au dehors la tumeur et l'S iliaque que l'on résèque. Dilatant le sphincter anal, on invagine à la Hochenegg la partie de l'S iliaque que l'on a conservée et on la fixe par quelques crins à la peau du périnée.

Réfection de la paroi vaginale postérieure.

Suites assez bonnes. La malade revue récemment va bien et réclame la fermeture de son anus iliaque; on y procédera dans quelque temps.

CHAPITRE III

Si cependant l'abdomino-périnéale répondait à tous les desiderata, le traitement des cancers du rectum serait une question sûr laquelle on ne reviendrait plus : or, il n'en est rien. L'opération que Gaudier et Chalot inventèrent il y a vingt-neuf ans est violemment critiquée par bon nombre de chirurgiens. Hartmann lui-même, qui a tant fait pour elle, qui a toujours été un de ses plus chauds partisans, lui adresse de graves reproches, à tel point qu'il lui substitue une autre opération, plus simple, plus bénigne, sur laquelle nous aurons d'ailleurs à revenir.

A ne considérer que les résultats immédiats, on ne peut en effet se défendre d'être enthousiasmé par la voie basse, d'exécution facile, de pronostic bénin et de rejeter l'abdomino-périnéale comportant une mortalité opératoire beaucoup plus élevée. On lui fait, à la vérité, deux redoutables objections : *difficulté, gravité, l'une d'ailleurs étant fonction de l'autre.*

Mais, avant de condamner la voie combinée, il importe de rechercher quels sont les facteurs qui contribuent à assombrir le pronostic opératoire, et de voir si, par une modification de technique, on ne pourrait pas en améliorer les résultats.

On accuse l'abdomino-périnéale d'être une opération shoquante : l'étude de la *résistance du sujet* est donc de toute première importance. Il ne faudra réserver à la voie combinée que des cas choisis, pas trop avancés. Plus ces cancers du rectum seront adressés de bonne heure au chirurgien, plus souvent on pourra pratiquer une abdomino-périnéale avec le maximum de chances de succès.

Mais, lorsque ces malades se présentent en état de stercorémie et quelquefois d'obstruction, ou, quand le cancer ayant envahi tout le canal rectal, ils souffrent de violentes douleurs qui les ont amenés, pour éviter le supplice d'aller à la selle, à restreindre volontairement leur alimentation, de telle sorte qu'ils sont fatigués, amaigris, nous pensons qu'il serait imprudent de leur faire subir d'emblée l'abdomino-périnéale. Nous estimons qu'il est indispensable de mettre le rectum au repos, grâce à une colostomie de dérivation; on profitera de cet anus pour faire des lavages qui diminueront l'infection surajoutée au cancer, et arrêteront les hémorragies. L'état général se remontera rapidement. La tumeur deviendra en outre plus mobile par rétrocession des adhérences inflammatoires, l'opération gagnera en rapidité et en facilité. Opérant sur un terrain meilleur, les résultats n'en seront que plus satisfaisants.

L'observation II est particulièrement démonstrative à ce sujet.

Autre point, l'opération n'est pas toujours aisée, chez l'homme particulièrement, où l'étroitesse du bassin se prête mal à des manœuvres délicates, faites à bout d'instruments; mais il ne tient qu'à l'opérateur de les simplifier.

L'emploi systématique de la rachi-anesthésie facilite dans une large mesure l'opération, et en diminue considérablement le shock. On n'y trouve que des avantages : un *silence abdominal parfait*, qui empêche toute incursion des anses grêles dans la zone opératoire et diminue d'autant les risques de péritonite. Associée à la mise en position déclive du malade, elle permet la libération du rectum jusqu'aux releveurs.

En outre, grâce à un *blocage du système nerveux* du petit bassin, cette libération peut être faite sans la mise en jeu des réflexes pelviens, si dangereux, qu'ils peuvent compter parmi les principaux facteurs de gravité dans cette intervention. L'anesthésie générale ne supprime pas ces réflexes; la rachi seule permet d'obtenir ce résultat.

Un autre danger menace la vie du malade : c'est l'*infection*. Certaines précautions absolument indispensables seront à prendre, pour l'éviter. Il importe que les deux temps, abdominal et périnéal, soient rigoureusement distincts; toutes les manœuvres intra-abdominales ayant pris fin quand commence l'opération basse et aussi que l'opération soit minutieusement conduite, sans hâte, avec une technique impec-

cable dont nous verrons plus loin les détails : de ceux-ci aucun n'est insignifiant.

Fait encore d'importance capitale : chaque fois que possible, le temps abdominal devra être exclusivement un temps de libération. C'est dire qu'il ne comportera qu'un minimum de manœuvres sur l'intestin. Tout acte compliqué et septique sera obligatoirement fait hors du ventre. Enfin, pour en finir avec cette première partie de l'intervention, il faudra apporter un soin tout particulier à la péritonisation du petit bassin. C'est elle qui va exclure la zone opératoire, en l'espèce, l'espace pelvi-rectal supérieur, de la grande cavité abdominale. D'un côté nous aurons la cavité péritonéale, où l'on se sera efforcé d'opérer avec l'asepsie la plus rigoureuse, de l'autre la brèche périnéale, qui sera septique, de par l'ouverture de l'intestin. Il importe donc qu'entre ces deux zones la barrière soit rigoureusement étanche.

A toutes ces conditions, il ne semble pas que l'abdomino-périnéale, même chez l'homme, possède une grande gravité : nous croyons que ce serait une erreur de renoncer à ses avantages sous prétexte de difficultés. Certes, l'abdomino-périnéale est une opération délicate, difficile, et tous les points de détail auxquels nous venons de faire allusion suffiraient à nous convaincre, s'il en était besoin. Mais tous ces écueils sont évitables à la condition de les connaître et de s'imposer au cours de l'opération, une discipline rigoureuse. (Cette chirurgie, disent Chalié et Mondor, ne supporte pas la moindre faute, sinon c'est la cellulite pelvienne, la péritonite, l'occlusion dans une

brèche de la péritonisation désunie, le collapsus par saignement en nappe.)

Sans doute on extirpera encore des cancers du rectum par voie basse, tout comme on enlève des néoplasmes utérins par voie vaginale. Sans aller jusqu'à dire, comme Hartmann et son école, que l'abdomino-périnéale est une opération idéale pour tous les cancers du rectum, nous estimons qu'il convient *d'en élargir de plus en plus les indications: la technique s'est perfectionnée, le pronostic en est devenu sensiblement plus bénin, même chez l'homme*. A notre point de vue, nous pensons que l'abdomino-périnéale est l'opération idéale pour les cancers hauts situés du rectum, mais qu'elle peut en outre être pratiquée dans presque tous les autres cas.

CHAPITRE IV

Entreprise, comment cette abdomino-périnéale sera-t-elle conduite ?

Va-t-on faire une *amputation du rectum*, le sacrifice du sphincter avec établissement d'un anus iliaque définitif ? Fera-t-on au contraire une *résection* simple avec rétablissement de la continuité du tractus intestinal et conservation de la fonction sphinctérienne ?

Question discutée, avis partagés : loin de nous l'idée de trancher le différend : on ne saurait en aucune manière être systématique, ce sont là des cas d'espèces.

Il est bien évident que dans les cas où le sphincter est suspect de par la situation du néoplasme, l'hésitation n'est plus de mise, et une large amputation doit être pratiquée.

Mais dans les autres cas, l'accord est loin d'être fait. Hartmann, Pauchet, recommandent l'amputation systématique. La conservation du sphincter, selon eux, risque de ne créer que des ennuis, récidive dans le

bout ano-rectal conservé, mauvais fonctionnement de l'anüs après abaissement du côlon. La vraie cure radicale n'est probable que par l'exérèse de tous les tissus pelviens et péri-anaux, ce qui nécessite la suppression du sphincter. Mais même dans les cas où sa conservation peut se poser raisonnablement, c'est-à-dire dans les cas de néoplasme sus-ampullaire ou recto-sigmoïdien, Pauchet recommande encore le sacrifice du sphincter. Il va même jusqu'à écrire que, dans tous les cas, le fait de vouloir conserver le sphincter anal double les chances de mortalité opératoire et quadruple les chances de récïdive.

Le sacrifice du sphincter devra être fait lorsque, voulant le conserver, on risque de limiter son exérèse : c'est le cas des néoplasmes bas situés. Mais dans les autres cas, nous avons trouvé que ces auteurs sacrifiaient peut-être trop facilement, de parti-pris, le bout rectal inférieur.

C'était là du moins notre avis il y a quelques mois seulement. Ce fut notre ligne de conduite chez les opérées dont nous rapportons les observations. A l'heure actuelle, nous avons modifié notre façon de faire : les résultats obtenus après conservation du sphincter et abaissement du côlon, ne nous ont guère encouragé. Si l'on compare les résultats obtenus après abaissement du côlon au périnée aux difficultés rencontrées pour faire cet abaissement, et à la gravité de l'intervention, nous voyons qu'il est préférable, sans aucun doute, d'établir un anus iliaque définitif.

De sérieux reproches sont faits à la résection, malheureusement l'amputation n'en est, elle aussi, pas exempte.

La résection surtout chez l'homme comporte une plus haute gravité, parce que plus compliquée et partant plus longue, parce que exposant davantage à l'infection du péritoine, parce que nécessitant un drainage de l'espace pelvi-rectal supérieur difficile à établir. On lui reproche aussi de se compliquer de gangrène du bout intestinal abaissé ; on lui reproche enfin d'être peu satisfaisante dans ses résultats puisque, aussi bien, après résection suivie du rétablissement de la continuité du tube intestinal, on observerait des fistules ou de l'incontinence.

Nous ne voulons pas insister sur les difficultés parfois très grandes de cet abaissement, difficultés qui ont suscité de nombreux travaux sur la vascularisation du côlon et du rectum ; sur les moyens de réaliser l'abaissement, tout en évitant la gangrène du bout abaissé, sur les décollements nécessaires pour permettre cet abaissement (on connaît à ce sujet le procédé de mobilisation en masse de tout le côlon gauche décrit par Chalié et Cavaillon). Dans ce cas, on fait incontestablement courir de très gros risques à son opéré ; l'amputation avec anus iliaque apparaît alors comme la pratique la plus logique, la plus sûre, et c'est à elle qu'on aura recours. Mais, quand cependant, de par la situation du néoplasme (recto-sigmoïdien ou ampullaire haut) et la manière d'être de l'anse sigmoïde l'intestin est abaissable, on tentera de faire mieux en pratiquant une résection.

Il est vrai que cette résection est un peu plus longue, mais elle n'expose pas davantage aux dangers de péritonite, à la condition que le temps abdominal

soit, si possible, exclusivement un temps de libération et non un temps de section intestinale, le rétablissement de la continuité du tube intestinal étant réservé au temps périnéal. Nous verrons, en étudiant la technique, que le drainage de l'espace pelvi-rectal supérieur ne saurait nous gêner.

Il reste à élucider un point d'importance capitale : c'est celui du *fonctionnement de l'intestin et de l'anus*. Là encore, il convient de distinguer le cas où l'on a fait une amputation de celui où l'on a fait une résection. N'ayant pas pratiqué d'amputation du rectum, nous ne pouvons donner notre avis. Il semble en tout cas que le fait d'aboucher au périnée le bout colique supérieur abaissé, donne des résultats déplorables. Cet anus est le plus souvent incontinent.. Si donc on compare le résultat fonctionnel obtenu, aux difficultés rencontrées pour l'établir et à la gravité de l'opération, il n'y a pas à hésiter, et nous sommes prêts, en cas d'amputation, à faire un anus iliaque définitif. L'intervention gagnera en rapidité et en simplicité. La continence d'un anus iliaque bien fait sera toujours supérieure à celle de l'anus périnéal. Même dans les cas de résection, où nous avons pratiqué un abaissement simple à la Hochnegg, nous avons eu des résultats peu brillants.

Le sphincter et le releveur gardent parfois leur contractilité volontaire. Cependant, il importe de dire qu'il existe toujours une hypotonicité du sphincter, que les malades ne semblent pas recouvrer cette sensation spéciale de plénitude rectale, qui met, si l'on peut dire, en éveil, l'appareil sphinctérien d'une façon

réflexe. Mais, pour incomplet qu'il soit, ce fonctionnement du sphincter met les opérés dans une situation qui n'est en rien comparable à celle des porteurs d'anús artificiel, quels que soient les artifices auxquels on a eu recours pour l'établir.

Quant à la question du sphacèle souvent possible auquel on s'expose, en abaissant au périnée le bout intestinal supérieur, on peut dire qu'il est à peu près fatal si l'on ne prend pas quelques précautions et si l'abaissement est obtenu par de simples tractions. On peut l'éviter en suivant quelques principes excellemment formulés par Cunéo, qui ont ramené à sa juste valeur la conception étroite et trop théorique du point critique de Südeck.

Pour nous résumer, nous dirons qu'en cas d'amputation du rectum, il faut pratiquer un anus iliaque définitif.

En cas de résection, il faut être au contraire éclectique : si l'anse sigmoïde est suffisamment longue pour pouvoir être abaissée, sans risques de gangrène, on fera un abaissement à la Hochenegg.

Dans les autres cas, plutôt que d'avoir un côlon tendu comme une corde, menacé dans sa vitalité, plutôt que d'avoir un anus périnéal incontinent, nous estimons qu'il est préférable d'établir un anus iliaque définitif.

CHAPITRE V

Technique de l'abdomino-périnéale

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici toute la description de la technique de l'abdomino-périnéale que l'on trouve partout, mais nous n'en voulons indiquer que quelques points particuliers.

Bien que l'ablation en un temps ait donné une série de succès magnifiques à Cunéo, nous estimons plus sûr de fractionner l'opération.

Première intervention :

Dans un premier temps on fait une colostomie de dérivation. Nous recommandons tout particulièrement, pour la faire, l'emploi de la rachianesthésie. Laparatomie médiane sous-ombilicale, qui permet l'exploration du petit bassin avec l'appréciation du volume et des connections de la tumeur. Par cette incision médiane, on se rend compte du degré de mobilité de l'S iliaque, de sa longueur, voire même de son dispositif vasculaire, si le méso n'est pas chargé de graisse.

En outre, à travers une incision latérale gauche, dissociant, à la Mac-Burney, les muscles larges de l'abdomen, un anus artificiel sera établi sur la partie la plus élevée de l'S iliaque, voire même sur le côlon transverse dans le cas où la fixation de l'S iliaque, assez courte, semblerait devoir gêner l'abaissement ultérieur.

L'anse intestinale amenée à la paroi, est maintenue extériorisée au moyen d'un tube de verre qui transfixe le méso-sigmoïde, et ne sera ouverte qu'après plusieurs jours; ainsi est évitée toute contamination de la paroi.

La création de cet anus préliminaire, qui met l'intestin au repos, diminue la septicité du contenu, qui fait cesser la stercorémie, trop souvent méconnue parce que latente, est de toute importance à notre avis, et prépare au mieux le malade à la deuxième intervention, celle-là décisive.

Deuxième intervention :

Il y sera procédé un mois ou six semaines après la première opération, alors que l'anus a donné tout ce qu'on peut en attendre, tant au point de vue de l'état local que général. Nous rappelons que cette deuxième intervention doit être faite sous rachianesthésie : nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point pour y revenir.

1° Temps abdominal.

Laparotomie médiane qui dépasse, chez l'homme, d'un travers de doigt, l'ombilic, car ici on a besoin de jour. Mise en position déclive maxima. Protection

rigoureuse du champ opératoire à l'aide de grandes compresses. Examen de l'S iliaque, ligature à la soie forte de l'intestin à l'endroit où devra porter la section sus-jacente à la tumeur. Cette manière de faire permet d'apprécier d'emblée le degré d'abaissement nécessaire. Suivant les cas, l'on se décide pour la résection ou pour l'amputation. Au début, d'ailleurs, la technique est la même dans les deux cas : mais, si la résection semble possible, on s'efforce d'apprécier la vascularisation de l'S iliaque, et si sa section paraît nécessaire, l'on procède aussitôt à la découverte du tronc de la mésentérique inférieure qui sera pris en bonne place entre deux ligatures et coupé.

Ensuite, au niveau du coude recto-sigmoïdien, le péritoine pariétal sera incisé et un lambeau péritonéal aussi large que possible, clivé. Désormais, l'espace pelvi-rectal supérieur, sous-péritonéal, est ouvert et l'on y libérera le rectum jusqu'à l'aponévrose des releveurs qui pourra même être entaillée. On pensera au voisinage des uretères, ici d'ailleurs, moins exposés que dans le Wertheim, et qui ne devront qu'exceptionnellement être disséqués.

Cette libération du rectum dans l'espace cellulaire où il gît est facile et à peu près exsangue; au passage, on aperçoit les vaisseaux hémorroïdaux moyens qui abordent le rectum de flanc et ressemblent à deux ligaments larges.

Il suffit de les charger à l'aiguille de Deschamps, de les sectionner et de les lier. La résection est-elle décidée, là finit le temps abdominal, qui, on le voit, n'a comporté généralement aucune manœuvre septi-

que. Si nécessaire, après décolement du méso-iliaque et section de la plus basse des sigmoïdiennes quand elles s'opposent au déroulement de l'anse oméga, toute la masse intestinale libérée et qui comprend l'S iliaque rendue flottante et le rectum pelvien, sont placés dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Le péritoine est hermétiquement suturé par-dessus. Ainsi, on a isolé le petit bassin de la cavité abdominale. Telle est l'opération chez l'homme.

Chez la femme, une question se pose : celle de la conservation de l'utérus et des annexes.

Le Professeur Tixier recommande l'hystérectomie totale, préalable, qu'il pratique systématiquement.

Elle facilite et rend possible l'ablation des plus gros cancers de la portion terminale du gros intestin.

Elle permet de conserver la fonction sphinctérienne, lorsque, ayant à faire à un cancer annulaire bien limité, on peut faire une résection économique, avec entéroraphie termino-terminale. Cette suture est grandement facilitée par l'hystérectomie préalable, l'opérateur pouvant évoluer facilement dans le petit bassin.

Elle permet enfin un drainage parfait du champ opératoire grâce à l'emploi d'une mèche vaginale sous-péritonéale.

M. Albertin, de son côté, pratique l'ablation en un seul bloc du rectum cancéreux et de tout l'appareil utéro-annexiel, véritable évidement du petit bassin, afin de mettre ses opérées à l'abri de toute récurrence dans le tissu cellulaire pelvien.

Cette hystérectomie élargit sans doute l'opération et donne du jour; elle assure le drainage de l'espace de l'espace pelvi-rectal supérieur évidé par l'ablation du néoplasme. Là serait sa majeure raison d'être, si un drainage aussi large ne pouvait être, comme nous le verrons, obtenu de façon plus simple, à moins de frais.

Tel est, en cas de résection, le temps abdominal. Mais, si l'amputation est jugée nécessaire, la technique va se modifier.

Si pour quelque raison le segment inférieur ne peut être utilisé, alors que le bout supérieur de l'intestin pourrait être abaissé au périnée (le cas à notre avis doit se présenter rarement), nous rejetons cette pratique qui nous paraît comporter plus d'inconvénients que d'avantages et l'on procèdera comme il suit :

Au-dessus de la tumeur, au ras des releveurs, l'intestin sera écrasé entre deux pinces coudées à angle droit, bientôt remplacées par deux ligatures à la soie. Section au thermocautère de l'intestin entre ces deux ligatures. Le fil de ligature supérieur, dont les chefs, sont laissés longs, servent de tracteur; le rectum, la couche de graisse qui l'entoure, les ganglions qui occupent son méso sont décollés de bas en haut au ras de la concavité et remontés. Le bout rectal est alors porté hors de l'abdomen, isolé, et l'on procède à la péritonisation, souvent rendue difficile par ce décollement de l'S iliaque. Cette péritonisation, particulièrement difficile chez l'homme, devra être aussi hermétique que possible et isoler parfaitement l'abdomen de l'espace pelvi-rectal supérieur. On fait alors

l'occlusion et la libération de l'anse sur laquelle porte l'anus de dérivation. A travers la brèche ainsi créée dans la paroi abdominale latérale, le bout supérieur du rectum est attiré et extériorisé autant que possible. Un anus iliaque terminal et définitif est établi. Fermeture sans drainage de la plaie de laparotomie médiane.

Ainsi conduite cette opération est rapide. Que l'on ait fait une amputation ou une résection, il reste à faire le temps périnéal.

2° Temps périnéal.

Il est on ne peut plus simple après l'amputation.

Le bout rectal inférieur qui, on se rappelle, a été sectionné au ras des releveurs, et qui n'a, par conséquent, que quelques centimètres, sera enlevé par voie transanale ou simplement dépouillé de sa muqueuse à la Withehead. L'opération ne demande que quelques minutes; le cylindre ainsi traité reçoit un tube de caoutchouc et assure le drainage nécessaire de l'espace pelvi-rectal supérieur, évidé, et dans lequel vont venir s'accumuler sang et sérosité.

Plus compliqué est le temps périnéal après résection : ici, le chirurgien a le choix. Ou bien la tumeur, on le sait, est parfaitement libérée et il n'y a plus qu'à aller la cueillir, après dilatation du sphincter, sera enlevée par voie transanale.

Ce fut là ma manière de procéder dans une des observations que nous rapportons (observation II). Dilatation aussi large que possible du rectum au dilateur de Trélat. Suture de la muqueuse à la soie au niveau de la marge de l'anus. Décollement de la mu-

queuse à la Whitehead, sur une hauteur de six à huit centimètres. A ce niveau, section franche des tuniques poursuivie sur toute la circonférence de l'organe. Abaissement progressif du rectum. La tumeur peu à peu descendue, après section aux ciseaux de quelques adhérences qui la retiennent encore en arrière, vers le sacrum, franchit le sphincter. Section de l'S iliaque abaissée à deux travers de doigt au-dessus de la limite supérieure de la tumeur; ligature de quelques vaisseaux innommés. Suture à la marge de l'anus du bout supérieur de l'intestin au moyen de crins.

Reste à assurer le drainage de la vaste cavité créée par la libération du rectum et la résection de la tumeur, et située tout entière dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Ce but capital, essentiel, sera rempli par une incision latéro-coccygienne, et que, pour ma part, j'ai fait s'étendre à gauche, de la base du coccyx à l'ischion. A travers les fibres du releveur, largement dilacérées, on pénètre dans l'espace pelvi-rectal que tamponnent une mèche flanquée de deux drains du calibre du petit doigt qui garantissent l'évacuation des liquides pathologiques, sang et sérosité qui viennent s'y collecter.

Bien que cette extirpation de la tumeur par voie transanale nous ait en toute simplicité donné un fort beau succès, nous avons désormais l'intention de ne plus y avoir recours, car, malgré la large dilatation sphinctérienne, l'on est quelque peu gêné pour l'abaissement et la libération complète du rectum. La sangle des releveurs, simplement distendue, et qui a tôt fait

de reprendre sa tonicité, gêne les manœuvres dans cet entonnoir, à la vérité profond et l'hémostase, pour tant nécessaire, y est difficile.

A l'avenir, nous préférons pratiquer l'abaissement et la résection du rectum, suivant l'excellente technique préconisée par Cunéo, quelque peu simplifiée et modifiée en la circonstance de par la libération même du rectum faite par voie abdominale.

Une large incision prérectale bi-ischiatique permettra la désinsertion du rectum en avant et sur les côtés d'avec la sangle des releveurs.

Ici, l'incision médiane postérieure et la résection du coccyx ne nous paraissent pas nécessaires. La libération sera facilitée par l'incision d'emblée latéro-coccygienne, pratiquée par Hartmann, et qui, l'opération finie, assure par ailleurs le drainage.

D'après nos opérations cadavériques, la résection de la tumeur par ce procédé nous a paru facile, rapide, plus large.

Une fois libérée, la tumeur est aisément extraite, comme précédemment, à travers le sphincter dilaté; nous n'avons pas à revenir sur cette manière de faire.

Il reste encore à fermer l'anus de dérivation, ce sera facile, une entorroraphie latérale suffira le plus souvent. En tout cas, nous estimons que cette fermeture, qui n'est du reste pas absolument indispensable, ne devra être faite qu'au bout d'un temps assez long.

CHAPITRE VI

Nous avons dit précédemment que M. Hartmann, l'un des plus chauds défenseurs de l'abdomino-périnéale, lui adressait de graves reproches : en particulier il ne peut lui pardonner une mortalité opératoire élevée, qu'il estime à plus de 40 p. 100, à tel point qu'il lui substitue une autre intervention que nous appellerons opération d'Hartmann pour plus de commodité.

Elle consiste en l'ablation par voie abdominale de la partie supérieure du rectum et de la totalité de l'anse oméga avec son méso et les ganglions qui y sont contenus, fermeture en cul-de-sac du bout ano-rectal abandonné *in situ*, et établissement d'une colostomie iliaque définitive. Pour la première fois, Hartmann présenta les observations de deux malades opérés par ce procédé, au Congrès de Chirurgie, en 1921.

Depuis, les observations se sont multipliées. Notre Maître, le Docteur Arnaud, a eu l'occasion d'en pratiquer trois dans son service. Nous rapporterons d'abord ces observations et les ferons suivre des réflexions qu'elles nous ont suggérées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION IV (*Inédite*)

(Docteur Arnaud)

Mme Ch..., 34 ans, entre à l'hôpital de Bellevue en janvier 1924. Dans les antécédents on note quatre grossesses et une fausse-couche. L'affection dont se plaint la malade remonte à sa dernière grossesse, c'est à dire neuf mois environ. Elle a commencé à ressentir des coliques d'abord légères qui vont ensuite en s'accroissant. D'autre part, la malade qui avait deux selles par jour, voit s'installer une constipation opiniâtre; en même temps elle s'aperçoit de la présence de sang dans des matières. La grossesse a dû être interrompue par un accouchement provoqué au voisinage du terme pour cause d'occlusion intestinale.

PREMIERE INTERVENTION, 28 décembre 1923 : .

D'urgence, on pratique au domicile de la malade, un ANUS ILIAQUE par dissociation à la Mac-Burney, après laparatomie médiane sous-ombilicale qui révèle la cause et le siège exact de l'obstacle : néoplasme recto-sigmoïdien.

La malade entre à l'hôpital le 20 janvier 1924.

Elle est amaigrie, son teint est jaune paille elle n'a pas de perte de l'appétit ni d'anorexie élective. Son anus fonctionne bien.

Le toucher rectal permet de sentir à bout de doigt la tumeur. Il existe un peu de température qui ne tarde pas à céder à quelques lavages du bout inférieur de l'intestin. L'état général s'étant amélioré, on décide une deuxième intervention,

DEUXIÈME INTERVENTION, 29 janvier 1924 :

Rachianesthésie. Laparatomie médiane sous-ombicale. Mise en position de Trendelenburg, protection du champ opératoire à l'aide de grandes compresses. La tumeur siège à l'angle recto-sigmoïdien. Elle est mobile. L'utérus et les annexes sont de volume normal et ne semblent pas devoir gêner l'acte opératoire.

Taille d'un lambeau péritonéal en avant et sur les côtés du rectum. Libération du rectum et ligature des pédicules hémorroïdaux supérieur et moyen.

Section au thermocautère du rectum au ras des releveurs, entre deux pinces coudées de Gouilloud. Désinfection des tranches de section à la teinture d'iode. Le bout distal du rectum n'est PAS SUTURE : il servira pour le drainage sous péritonéal.

Le rectum est relevé. On le sectionne loin de la tumeur.

On met en place, dans la portion périnéale du rectum, laissée VOLONTAIREMENT OUVERTE, une mèche iodoformée qui assure le drainage de l'espace pelvi-rectal supérieur. Péritonisation aussi hermétique que possible au dessus de la mèche.

Fermeture de la paroi avec abouchement du bout proximal du côlon dans l'angle supérieur de la plaie opératoire.

Sérum de Weinberg. Suites opératoires très simples. Guérison opératoire rapide.

La malade récemment revue va très bien. Aucune trace de récidive.

OBSERVATION V (*Inédite*)

(Docteur Arnaud)

F..., Arsène, 41 ans. Entre à l'hôpital le 24 novembre 1924. Bonne santé habituelle.

Il présente des phénomènes diarrhéiques depuis sept à huit mois. Altération progressive de l'état général. Le malade présente des alternatives de diarrhée et de constipation, avec dans ses selles quelques stries sanglantes. Il éprouve des

faux besoins; pas de glaires ni d'écoulements anormaux. Le malade ne souffre pas, n'a jamais eu d'hématémèses, ni de vomissements. L'appétit est conservé.

L'abdomen est souple, on ne voit pas d'ondes péristaltiques, on ne trouve aucune zone douloureuse.

Toucher rectal : à bout de doigt, on sent une masse bourgeonnante donnant l'impression d'un col utérin avec orifice rétréci, aux parois indurées. Le toucher ne ramène pas de sang.

INTERVENTION, le 13 décembre 1924 :

Anesthésie au chloroforme. Laparatomie médiane sous-ombicale. On extériorise assez facilement la tumeur qui est située sur la portion recto-sigmoïdienne; elle adhère cependant légèrement à la paroi postérieure de la vessie. Libération néanmoins facile du rectum suivant le procédé habituel. Ablation de la tumeur. On ne suture pas le bout inférieur qui est utilisé pour le drainage comme un vagin dans l'hystérectomie totale; on y place une mèche iodoformée. Péritonisation soigneuse par dessus. Exclusion du Douglas, à l'aide du péritoine en avant et du colon sigmoïde en arrière qui est ramené de gauche à droite. Anus terminal médian, Weinberg.

Les suites opératoires se passent normalement au début du moins.

Cependant, le 4 février 1925 le malade est revu en état de sub-occlusion. Son anus artificiel est normal, nullement rétréci; la sub-occlusion cède à l'introduction dans la colostomie d'une soude de Nélaton de gros calibre et à un lavage prudent de la partie terminale du gros intestin. Actuellement le malade va bien.

OBSERVATION VI (*Inédite*)

Docteur (Arnaud)

G..., Jean, 67 ans. Entre à l'hôpital le 3 août 1924. Très bonne santé habituelle. Pas de constipation à l'ordinaire.

Depuis deux mois et demi le malade présente une colite dysentérique très marquée, sans aucune rémission. Il a des selles glaireuses (6 à 8 par jour) parfois teintées de sang.

Il souffre de coliques localisées dans la moitié gauche et inférieure de l'abdomen s'accompagnant parfois de borborygmes. Amaigrissement marqué, perte de l'appétit. Jamais de vomissements.

On sent, à la palpitation, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur extrêmement mobile de la grosseur d'une mandarine. La radiographie montre une sténose assez serrée à ce niveau.

Pensant à un néoplasme de l'S iliaque, on se propose d'en faire l'ablation avec rétablissement de la continuité du tractus intestinal.

PREMIERE INTERVENTION, le 12 août 1924 :

Rachianesthésie, Syncaïne Clin.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, mise en position décubite du malade. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité d'ascite hématique. On découvre très facilement la tumeur iliaque qui est libre de toute adhérence; on trouve par ailleurs dans le méso-sigmoïde une très grosse adénopathie. Mais, au cours de ces explorations diverses, on est surpris de constater l'existence d'une deuxième tumeur, qui avait complètement échappé à l'examen clinique et qui siège sur la partie la plus élevée du rectum. Il s'agit donc d'un cancer étagé de la portion terminale du gros intestin. Notre ligne de conduite est, dès lors, modifiée.

On procède à l'extériorisation de celle des deux tumeurs qui est la plus élevée; on referme l'abdomen, et l'on se propose d'enlever la deuxième tumeur, rectale, dans un second temps.

Le lendemain, on procède à l'ablation de la tumeur extériorisée en sectionnant l'intestin au thermocautère. On pose quelques ligatures sur les artères du méso-sigmoïde.

On a, en somme, un anus en canon de fusil.

Le malade a très bien supporté cette opération qui, du reste, a été extrêmement rapide.

DEUXIEME INTERVENTION, le 15 octobre 1924 :

Rachi selon notre habitude,

Nouvelle laparotomie sous-ombilicale médiane.

On se propose cette fois d'enlever en un seul bloc la deuxième tumeur ainsi que l'anus en canon de fusil et d'établir

au-dessus de celui-ci, une autre colostomie définitive et terminale.

La libération de la partie terminale de l'S iliaque et du rectum est assez facile malgré la présence de l'anus pré-existant; ligatures des pédicules hémorôïdaux supérieur et moyens; libération de l'anus en canon de fusil et section du rectum au ras des releveurs, entre deux pinces coudées de Gouilloud. Large exérèse de l'S iliaque, du rectum, de leur méso et des ganglions qui y sont contenus. Drainage à l'aide d'une mèche iodoformée introduite dans le rectum, *non suturé, comme à l'ordinaire*. Péritonisation. Abouchement de l'intestin dans l'angle supérieur de la plaie opératoire. Fermeture de la paroi

Bien que plus compliquée que le premier temps, cette intervention a été admirablement supportée par le malade.

Suites sans incidents.

Actuellement, le malade va bien et ne présente, pour l'instant, aucune récédive.

CHAPITRE VII

L'opération d'Hartmann, telle que nous l'avons définie dans le chapitre précédent a, en sa faveur, un certain nombre d'avantages.

Tout ce que nous avons dit du temps abdominal de l'abdomino-périnéale peut s'appliquer à elle. Exploration des viscères intra-abdominaux, découverte des lésions associées, curage des ganglions, hémostase préventive, libération anatomique du rectum, péritonisation soigneuse, sont autant de manœuvres indispensables qui peuvent être exécutées avec la plus grande facilité, tout comme dans l'abdomino-périnéale. Il semble que l'opération d'Hartmann présente la même garantie, la même sécurité, que l'abdomino-périnéale, du moins pour ce qui est de la largeur de l'intervention et de l'exérèse. Mais là où elle affirme son incontestable supériorité, c'est dans la *simplicité des suites opératoires et dans sa bénignité*. Nos observations en font foi, la lecture des observations publiées est également convaincante. Hartmann lui-même a pu dire : « *L'opération que nous préconisons est d'une bénignité dont aucune autre approche.* »

On ne relève, en effet, à la fin de l'intervention, aucun shock, aucune accélération du pouls, aucun symptôme inquiétant. On dirait que le malade vient d'être opéré tout au plus d'une appendicite à froid ou d'une hernie. Très vite le malade peut boire, commencer à s'alimenter, ce qui est très appréciable chez ces sujets plus ou moins affaiblis déjà, du fait de leur néoplasme.

Comme pour tout procédé nouveau, le moment d'enthousiasme passé, l'opération d'Hartmann a été l'objet de critiques.

Voyons ce qu'elles sont et ce qu'elles valent.

On lui reproché, en particulier, d'exposer le malade à des risques de récidives, *du fait de l'abandon « in situ » du bout ano-rectal*. On peut craindre la récidive locale, car quelques fois sous une muqueuse saine en apparence et même saine en réalité, l'examen histologique décèle dans la sous-muqueuse des traînées cancéreuses. Mais, cette extension du mal se fait, du moins de façon théorique, plutôt vers le haut, et la plupart des pièces anatomiques montrent que les ganglions cancéreux ne siègent pas en général au-dessous de la limite inférieure de la tumeur. Cependant, une fois, Okinczyc ayant fait la section du rectum au-dessous de la tumeur, et à une distance raisonnable du néoplasme, vit dans le tissu cellulaire rétro-rectal un ganglion en place. Il en pratiqua l'ablation; or l'examen histologique de ce ganglion, situé à 4 ou 5 centimètres au-dessous du néoplasme, a montré un envahissement des plus nets par les cellules cancéreuses. Sans doute l'envahissement ganglionnaire se

fait surtout vers le haut, mais l'infection rétrograde est possible, comme le prouve cette observation. Ce que nous avons dit plus haut de l'abdomino-périnéale, nous pouvons le répéter pour l'opération d'Hartmann. En matière de cancer, aucune opération n'est parfaite, aucune ne peut mettre à coup sûr à l'abri de la récurrence. On a même pu invoquer, théoriquement, du moins, la gangrène du segment rectal abandonné dans le pelvis. C'est possible, mais il semble qu'on puisse l'éviter.

Liant, au cours de l'intervention, l'hémorroïdale supérieure, il convient également de supprimer la portion du rectum irriguée par elle. On y parviendra en *coupant le rectum aussi bas que possible, au ras du plancher pelvien*. Cette manœuvre pourra être faite sans trop de difficultés si l'on prend soin, avant de sectionner l'intestin, de le libérer sur toute sa circonférence. Attirant alors le rectum et l'S iliaque dans l'angle supérieur de la plaie, on peut facilement arriver à couper le rectum très bas, à quelques centimètres de l'anus, et éviter ainsi les dangers de gangrène.

Il reste enfin les risques d'*infection* créés par l'ouverture de l'intestin à l'intérieur de la cavité abdominale. Il suffit pour l'éviter de prendre quelques précautions : n'ouvrir, par exemple, l'intestin qu'à la fin de l'opération et non au commencement comme certains le font, faire usage de clamps ou mieux d'écraseurs, faire les sections au thermocautère.

Nous connaissons maintenant les avantages de l'opération d'Hartmann, nous avons vu les objections qu'on lui a adressées et les moyens d'y porter remède ;

voyons maintenant à quels cas elle doit être réservée.

Elle ne peut malheureusement être employée que dans des cas particuliers. Deux conditions sont essentielles : *intégrité du bout inférieur, du sphincter, et de tous les tissus péri-anaux, siège suffisamment élevé du néoplasme sur le rectum*, pour que la section de l'intestin puisse se faire en tissus sains, loin de la tumeur. Nous pouvons donc dire que l'opération d'Hartmann convient tout particulièrement aux *cancers haut situés du rectum, recto-sigmoïdiens ou ampullaires supérieurs*, ou d'une façon plus générale à tout cancer dépassant d'au moins *trois travers de doigt le plan des releveurs*.

Que penser de ce procédé? Il est encore trop tôt, et les cas encore trop peu nombreux, pour pouvoir porter un jugement sur la valeur de cette opération du point de vue des suites éloignées. De nos observations, mises à part la simplicité des suites opératoires, nous ne pouvons rien conclure, elles sont beaucoup trop récentes. Mais, déjà, les deux premiers cas d'Hartmann, par l'absence de récurrence au bout de trois ans, viennent affirmer la légitimité de cette manière de faire qui satisfait l'esprit, a priori, puisqu'elle permet d'enlever la tumeur avec ses ganglions et qui a, en outre, l'avantage incontestable d'être infiniment plus bénigne par son moindre shock opératoire.

CHAPITRE VIII

La technique rappelle en tous points celle du temps abdominal de l'opération abdomino-péritonéale. Nous estimons que les sections de l'intestin doivent, autant que possible, être faites en *dernier lieu*, à la fin de l'opération.

Naturellement, l'application de la position de Trendelenburg et de la rachi-anesthésie qui exposent le petit bassin jusqu'aux releveurs ont ici une importance capitale.

L'opération rappelle une hystérectomie. On taille tout d'abord à la face antérieure du rectum un lambeau péritonéal que l'on clive en avant et sur les côtés aussi loin que possible, jusqu'aux parois de l'excavation et jusqu'aux releveurs. Avec son atmosphère cellulo-adipeuse, le rectum est alors clivé sur ses faces latérales et postérieures. On ne s'occupe pas pour l'instant de l'hémorroïdale supérieure. Les uretères sont loin, et, en pratique, ne risquent guère d'être intéressés. Pourtant, chez les sujets gras, il serait peut-être prudent de mettre à leur intérieur une sonde, par-

ce que, chez eux, leur découverte peut quelquefois être laborieuse ; et que, de la sorte, on évitera, par la dissociation du tissu cellulaire, la cellulite pelvienne qui, on le sait, est le facteur de mortalité le plus fréquent et le plus redouté.

Des faces latérales du rectum, entre le coude recto-sigmoïdien et le plancher du releveur, se détachent, tendus transversalement jusqu'aux parois de l'excavation et rappelant, par leur disposition, les ligaments larges, les vaisseaux hémorroïdaux moyens qu'il faut en partie isoler et pincer ou mieux charger en bloc avec l'aiguille de Deschamps. Ces vaisseaux liés, l'hémostase se réduira à la seule ligature du bout inférieur de la partie terminale de l'hémorroïdale supérieure. Pour cela, le rectum étant maintenant libéré, de l'anse sigmoïde au plancher du releveur, et largement, on imprime à l'organe un mouvement de rotation sur son axe qui amène sa face postérieure en avant. L'artère est là, et s'offre à la pince, sa découverte est assez aisée. On la dénude et la sectionne entre deux ligatures. Maintenant, va être faite la section du rectum. Celle-ci sera faite au thermo entre deux pinces coudées de Gouilloud.

Désormais libéré et sectionné au-dessous de la tumeur, le rectum va pouvoir être, avec la plus grande facilité, relevé de bas en haut. Il sera attiré hors de l'abdomen et sectionné aussi loin que possible au-dessus de la tumeur. Ici encore, cette section pourra être faite au thermo-cautère. Le bout supérieur de l'intestin sectionné est passé à travers une brèche latérale abdominale. Tous ces temps ont été menés de façon aseptique.

Il ne reste maintenant qu'à traiter le bout rectal inférieur. L'on sait qu'Hartmann en pratique soigneusement la suture et l'abandonne au-dessous de la péritonisation. Cette fermeture nous semble inutile et aussi dépourvue de sécurité.

Le drainage de l'espace sous-péritonéal dans lequel a été fait le décollement et la résection du rectum, et dans lequel se fait obligatoirement un suintement sanguin plus ou moins important, devra alors être réalisé au moyen d'une contre-ouverture qui effondre le releveur et débouché au périnée à quelques centimètres à droite ou à gauche de l'anus.

De façon plus simple : *nous utilisons pour ce drainage le bout rectal inférieur lui-même, tout comme l'on utilise dans ce but, le vagin après une hystérectomie totale.*

Pour cela, le rectum a été désinfecté et préalablement dilaté. Une mèche iodoformée est alors introduite à son intérieur et draine l'espace pelvi-sous-péritonéal en ressortant par l'anus. Elle est remplacée les jours suivants par un drain.

Il ne reste plus maintenant pour terminer l'opération qu'à pratiquer une péritonisation aussi hermétique que possible du petit bassin qui exclue la zone dans laquelle a été décollé le rectum et qui est, avec le tissu cellulaire qu'il contient, obligatoirement infecté.

Si, au cours de l'intervention, la zone opératoire a été trop largement souillée, un drainage pourra alors être établi par voie abdominale, Mais, on aura alors soin d'exclure le grand abdomen au moyen de la por-

tion restante de l'S iliaque tendue dans le sens frontal, disposée comme un rideau au-devant des anses grêles et fixée par plusieurs points au péritoine des fosses iliaques ainsi qu'au péritoine pariétal antérieur. Cette manière de faire nous paraît très supérieure au Mickulicz. Elle réalise en excluant, par une barrière naturelle (l'S iliaque), la grande cavité péritonéale, un drainage abdomino-péritonéal, garantie efficace contre les redoutables infections du tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Ainsi comprise, l'opération est simple et bénigne. Elle peut être appliquée à des malades assez peu résistants, car peu choquante, elle peut être conduite rapidement : quarante minutes suffisent à son exécution correcte. On est étonné de la simplicité de ses suites.

Enfin, considération fort importante, elle peut être exécutée en un temps.

On lui reprochera la création d'un anus définitif. Mais nous le demandons, quelle est la proportion des abdomino-périnéales dans lesquelles l'on peut rétablir et cela de façon satisfaisante, la continuité du tube digestif ?

CONCLUSIONS

I. — A l'heure actuelle, les diverses méthodes d'exérèses des cancers du rectum peuvent se ramener à deux principales : la voie abdomino-périnéale et la voie périnéale.

II. — L'abdomino-périnéale est une intervention qui gagne progressivement du terrain. Elle permet, grâce au temps abdominal, de se rendre compte de l'étendue des lésions ; de dépister des complications passées inaperçues au cours de l'examen clinique ; mais surtout de pratiquer un curage ganglionnaire plus étendu, une hémostase plus satisfaisante, une libération plus anatomique que par la voie basse.

III. — On lui a reproché sa difficulté, sa gravité, ces deux facteurs étant d'ailleurs fonction l'un de l'autre. Mais, grâce à certaines modifications de technique, on peut abaisser considérablement la mortalité, même chez l'homme, chez qui pourtant elle a la réputation d'être particulièrement grave.

IV. — Les amputations du rectum ne sont, à notre avis, que des pis-aller : elles ne sauraient être systématiques. Nous partageons sans réserves la manière de voir de Cunéo, qui, chaque fois que possible, a recours à la résection. Le fait de laisser en place le sphincter, quand il est sain, ne semble pas faire courir plus de risques de récidives au malade.

V. — Elle est applicable à tous les néoplasmes du rectum, à condition cependant que l'état général soit satisfaisant.

VI. — Dans les cas de néoplasme haut situés, dépassant d'au moins trois travers de doigt le plan des releveurs, on peut lui substituer l'opération d'Hartmann, plus simple et sensiblement moins grave.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 Mars 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans le remarquable ouvrage de MM. Chalié et Mondor (Cancer du Rectum, Bibliothèque du Cancer) toute la bibliographie de la question. Nous ne mentionnerons que quelques publications de parution postérieure à celle de cet ouvrage.

BAYER. — Centralblatt für Chirurgie t. L. juin 1923.

DUROSELE. — Journal de Chirurgie, mars 1924.

Discussions à la *Soc. de Chirurg. de Paris*. Séances des :

12 et 19 décembre 1923 ;

23 et 30 janvier 1924 ;

20 février 1924 ;

29 octobre 1924.

FISCHEL. — The Journal of the American medical Association, 5 janvier 1924.

GOEPEL. — Centralblatt für Chirurgie, 29 mars 1924.

GORDON-WATSON. — British Medical Journal, mars 1924.

KIRCHNER. — Archiv für Klinische Chirurgie, t. CXXVI, 1923.

LECÈNE. — Paris Médical, février 1924.

PRIBAM. — Archiv für Klinische Chirurgie 1922.

REYNOLD. — Thèse de Paris, 1924.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Chapitre premier	11
Chapitre II.....	13
Chapitre III.....	29
Chapitre IV	35
Chapitre V. — Technique de l'abdomino-périnéale	41
Chapitre VI	49
Chapitre VII.....	57
Chapitre VIII.....	61
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	67
